

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLÁVIA MARIA DA SILVA ANDRADE

**REORGANIZANDO A ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM SÍNDROME
CORONARIANA AGUDA NUM HOSPITAL DE URGÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLÁVIA MARIA DA SILVA ANDRADE

**REORGANIZANDO A ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM SÍNDROME
CORONARIANA AGUDA NUM HOSPITAL DE URGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Linhas de Cuidado em Enfermagem –
Urgência e Emergência do Departamento
de Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito parcial para
a obtenção do título de Especialista.

**Orientador: Prof. Msc. Diego Oliveira
Miranda**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **REORGANIZANDO A ASSISTÊNCIA AO CLIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA NUM HOSPITAL DE URGÊNCIA** de autoria do aluno **FLÁVIA MARIA DA SILVA ANDRADE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência

Prof. Msc. Diego Oliveira Miranda
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi resultado de persistência e determinação, muitos foram os que contribuíram para que o desânimo não sobrepusesse o desejo de realizar mais um feito. A Deus Pai, a honra e a glória pela fé que me fortalece, “pois é dele a vitória alcançada em minha vida”.

A minha amiga Letícia Carvalho pela lembrança ao saber dessa oportunidade, bem como a coordenadora local Lívia Almeida Soares, que prontamente fez-me o convite a seleção.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção, administração, que oportunizaram meu engrandecimento profissional, apoderando-me de conhecimentos tão diferenciados e sempre tão respaldada na confiança do mérito e ética, caracterizada ainda por tanta presteza na solução de impasses que surgiram ao longo deste caminho.

A meu orientador Diego Oliveira Miranda e minha Tutora Ane Elisa Paim, sempre tão diligentes no préstimo de informações, correção de desvios e atenção.

Aos que foram privados da minha presença em virtude de atividades discentes que me foram tão compreensivos e incentivadores.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 OBJETIVOS.....	08
3 DIAGNÓSTICO DE REALIDADE.....	09
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
5 PLANO DE AÇÃO.....	15
6 CRONOGRAMA.....	18
7 ORÇAMENTO.....	19
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

RESUMO

Trata-se de um plano de ação, que objetiva reorganizar estratégias assistenciais para o atendimento ao cliente com síndrome coronariana aguda, admitido num hospital de Teresina-Piauí, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes com Síndrome Coronariana Aguda admitidos naquele serviço, causa destacada de morte hospitalar no Brasil. Para tal, conforme preconiza a Linha de Cuidado Cardiovascular dentro da Rede de Atenção às Urgências, pretende-se qualificar o acesso integral aos usuários em situação de urgência e emergência através da ação integrada dos gestores municipais e hospital, divulgando estratégias e evidências científicas a gestores e equipes de atendimento, para que estes prontamente identifiquem a população alvo através de protocolos de classificação já adotados, assim, otimize o atendimento e modifique a realidade atual, validando o diferencial da assistência de enfermagem e o prognóstico destes usuários.

Palavras-chaves: Síndrome Coronariana Aguda. Usuário. Enfermagem.

1INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil. Nos homens, são as doenças isquêmicas do coração e as doenças neurovasculares, enquanto, nas mulheres, predominam as doenças neurovasculares (SOCESP, 2006).

Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Ministério da Saúde, no ano de 2011 revelam que as doenças cardiovasculares são responsáveis por uma taxa de mortalidade de 53,8 das mortes notificadas para cada 100 mil habitantes. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012 geraram um custo aproximado de 1,9 milhões e, com envelhecimento da população e mudança do estilo de vida, a prevalência e magnitude das doenças cardiovasculares (DCV) tende a ser crescente nos próximos anos.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) reconhece a necessidade de uma ação integrada contra as DCV e irá propor aos países membros que estabeleçam a meta global de reduzir a taxa de mortalidade por DCV em 20% na década de 2011-2020 em relação à década precedente (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011,a). Estimuladas e maximizadas pelos fatores de risco como: sexo, idade, tabagismo, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, outros fatores, genéticos e ambientais, estão também envolvidos em graus variáveis de importância, no processo de aterosclerose e suas complicações, que definem os principais responsáveis pela morbidade e pela mortalidade das doenças cardiovasculares (SOCESP, 2006).

Nos países desenvolvidos, observa-se redução acentuada da mortalidade por doenças cardiovasculares em geral desde a década de 1960. No Brasil, dados demonstram discreta redução a partir da década de 1980. Entretanto, em análise mais detalhada, realizada em homens e mulheres, por faixas etárias acima de 30 anos, observam-se resultados preocupantes em algumas capitais do País (SOCESP, 2006).

Entre as causas de morte e hospitalização por DCV, destacam-se as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), que envolvem condições clínicas variadas, que incluem desde a isquemia silenciosa, passando pela angina aos esforços, a angina instável até o

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com ou sem supradesnivelamento do segmento ST (BRASIL, 2011 a).

Os piores prognósticos das síndromes coronarianas são dados pela angina instável e o infarto, e estas duas patologias coincidem com maiores riscos de óbito e sequelas (HOSPITAL SIRIO LIBANES, 2011).

As estimativas de gastos diretos com as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) no Brasil, era de R\$ 522.286.726,00, correspondendo a 0,77% do orçamento total e, pelo Sistema Suplementar, de R\$ 515.138.617,00, sendo os custos indiretos de R\$ 2,8 bilhões, estimando-se em R\$ 3,8 bilhões o custo total, em 2011 (TEICH, 2011).

Com a evolução do tratamento da SCA, a mortalidade no IAM nos estudos observacionais caiu de 30% na década de 50 para menos de 5% nos registros mais recentes em países desenvolvidos. O tratamento moderno do IAM inclui: rápido acesso ao serviço médico e uso de medicações específicas, do uso de terapias de reperfusão, com benefício comprovado (NICOLAU, 2007).

Em virtude da maioria das abordagens terapêuticas do IAM estarem disponíveis no SUS, e ainda assim a mortalidade hospitalar por essa patologia continuar elevada, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM N° 1600 de 07 de junho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, concebendo dentro desta rede a Linha de Cuidado Cardiovascular que foi definida como prioritária dentre as demais previstas na Rede, o que exige uma ação integrada do Ministério da Saúde, Sociedades Científicas, gestores estaduais e municipais e hospitais (BRASIL, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Reorganizar estratégias assistenciais para o atendimento ao cliente com síndrome coronariana aguda, admitido num hospital de Teresina-Piauí.

2.2 Objetivos Específicos

- Garantir a identificação do portador de síndrome coronariana após a admissão e realizar ECG em até 10 minutos;

- Implementar a prescrição medicamentosa e monitorização, após a avaliação médica, de 3-5 minutos;

- Reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes com SCA atendidos num hospital de urgência de Teresina-Piauí.

3 DIAGNÓSTICO DE REALIDADE

Situado em Teresina, o Hospital de Urgência de Teresina - HUT é um hospital de referência em dor torácica do estado do Piauí, e é responsável pelo atendimento às demais urgência e emergências clínicas e traumatológicas. Desde o início do seu funcionamento em 2008, trabalha com diversas linhas de cuidados, sem contudo haver sistematizado a assistência terapêutica dentro de cada linha de cuidado. Está programado para o atendimento de urgência e emergência com um total de 289 leitos. O Hospital tem áreas distintas para atendimento infantil e adulto. Possui três Unidades de Terapia Intensiva totalizando 26 leitos, sendo oito leitos na UTI clínica, oito leitos na UTI neurocirúrgica, dez leitos na UTI pediátrica. No Centro Cirúrgico existem seis salas equipadas para cirurgias gerais, neurológicas, videolaparoscópicas, ortopédicas e oftalmológicas e uma Sala de Recuperação com nove leitos. No pavimento superior existem enfermarias divididas entre Clínica Médica, Cirúrgica, Neurológica, Ortopédica, Pediátrica e Unidade de Tratamento de Queimados. Na área de diagnóstico, dispõe dos seguintes serviços:

- Laboratório de análises clínicas para realização de exames de urgência,
- Laboratório de anatomia patológica com sala para necropsia,
- Salas para Raio-x contrastado,
- Sala para Raio-x simples,
- Sala para arteriografia,
- Sala para tomografia computadorizada (dois tomógrafos e dois arcos cirúrgicos),
- Sala para endoscopia digestiva alta e colonoscopia,
- Sala para ultra-sonografia com Doppler colorido,
- Aparelhos de Raio-x portáteis,
- Aparelho de ultra-sonografia portátil
- Sala para ECG (HUT, 2011).

Em virtude da experiência profissional aliada a evidências e relatos de outros colegas de trabalho e da magnitude que envolve as doenças cardiovasculares, já demonstradas aqui, em especial as síndromes coronarianas agudas, que nem sempre se

evidenciam claras clinicamente, deseja-se aperfeiçoar o métodos de condução terapêutica desses clientes ao adentrarem um hospital de referência estadual em urgência e emergência, haja vista que a admissão destes pacientes dá-se junto a pacientes traumáticos, que tendem a ser priorizados em função da comoção grupal que estes tendem a promover no ambiente hospitalar, em detrimento de pacientes com SCA, que podem ser tão ou mais graves, mas demonstram menos sinais de alerta, com tendência a terem seu atendimento postergado, e com isso piora no prognóstico.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As síndromes coronarianas agudas são provocadas pela obstrução coronariana decorrente da interação entre fenômenos de trombose e vasoespasmo, resultando em uma cascata de sintomas clínicos que são compatíveis com isquemia do miocárdio (FOX, 2002; MARTINS, 2006).

O termo SCA é utilizado aos pacientes com evidências clínicas ou laboratoriais de isquemia aguda, assim, Brasil (2011a) emprega as seguintes definições:

"produzida por desequilíbrio entre suprimento e demanda de oxigênio para o miocárdio, sendo, na maioria das vezes, causada por instabilização de uma placa aterosclerótica. São duas as formas de apresentação da SCA, aquela com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSSST), ou infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAMCSST), e aquela sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). Esta diferenciação é essencial para o tratamento imediato do IAMCSST através da reperfusão miocárdica. A SCASSST subdivide-se em angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Ambos tem apresentações clínicas e eletrocardiográficas semelhantes, sendo distinguidas apenas pela elevação (IAMSSST) ou não (AI) dos marcadores de necrose miocárdica, como troponina I (TnI) e T (TnT) e creatinofosfoquinase – fração MB (CK-MB), após algumas horas do início dos sintomas" (BRASIL, 2011a).

Para Lemos et al. (2010), em estudo realizado em Porto Alegre e para Brasil (2011) a hipertensão arterial sistêmica (HAS); as dislipidemia e diabetes mellitus (DM); a ingestão alcoólica; sobrepeso/obesidade; hábitos alimentares; sedentarismo; tabagismo; história familiar positiva para DAC e estresse são as características mais associadas ao surgimento da SCA. No Registro Brasileiro de Síndrome Coronariana Aguda (RBSCA), Piegas (2013), relaciona os riscos mais frequentemente associados ao aparecimento da SCA aqueles com prevalência > 40%, que foram a hipertensão arterial, angina prévia, dislipidemia, história familiar de DAC e tratamento farmacológico para DAC.

A dor torácica é a manifestação clínica mais comum da isquemia miocárdica e está presente em aproximadamente 80% dos casos (BRASIL, 2011). A dor dos pacientes com SCA tem características semelhantes à da angina estável, mas os episódios são mais intensos e prolongados e, normalmente, ocorrem em repouso, associam-se a sudorese, formigamento nos braços, dor na mandíbula, mal estar

indefinido ou dispneia, náuseas, vômitos e não raramente ocorre a apresentação atípica, com queixas como mal estar, indigestão, dor epigástrica, sudorese, inclusive sem dor torácica associada, especialmente em idosos e diabéticos (ROCHA, 2012; BRASIL, 2011). Bastos (2012), em São José do Rio Preto (SP) verificou que a dor no tórax, região epigástrica ou desconforto torácico associado a dispneia e/ou sudorese súbita, foram os sintomas apresentados na maioria dos indivíduos estudados. E ratificou que o reconhecimento dos sinais e dos sintomas de IAM pelo paciente foi fator determinante para a procura de atendimento especializado.

Segundo Rocha (2012), a segunda maior causa de morte no Brasil, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), tem sintomas e sinais inespecíficos e diversos que dificultam para o leigo a identificação do IAM e a procura de atendimento médico especializado em tempo hábil por parte das pessoas. Melo, Travassos e Carvalho (2007) acrescentam que no Brasil, os pacientes com sintomas de IAM não se dirigem imediatamente aos serviços de saúde, não só por não reconhecerem seus sintomas, mas também por não haver serviços especializados de primeiros socorros e, até mesmo, por um transporte público deficitário, que dificulta a chegada dessas pessoas ao hospital.

As SCA representam significativa causa de internação, sendo o IAM, em 2009, a terceira causa de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Piegas (2013), o IAM representou ainda, 10% das internações, em 2009, número que supera os 25% na população com mais de 50 anos de idade. A principal fonte de cobertura de saúde no país é dada pelo SUS, sendo os planos de saúde responsáveis por 25,9% da população no ano de 2008. No tocante as internações as SCA foram responsáveis pelo maior gasto, correspondendo a um total de R\$1,9 bilhão ou 19% do custo total com hospitalizações.

Em estudo multicêntrico nacional, Piegas (2013) revela que entre os anos de 2003 e 2008, dos 2.693 pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, apenas 864 (32,1%) são mulheres. O diagnóstico final de angina instável foi para 1.141 (42,4%) pacientes, com mortalidade de 3,06% deles; de infarto agudo do miocárdio sem supradesnível de ST para 529 (19,6%) pacientes, com mortalidade de 6,8% deles; e de infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST para 950 (35,3%) pacientes, com mortalidade de 8,1% deles. A mortalidade global foi de 5,53%.

O artigo de Bastos et al. (2012), que trata do tempo de chegada do paciente com IAM ao serviço de emergência, constata que a população estudada demorou aproximadamente 10 horas, em média, para procurar atendimento médico; corroborando

que os doentes tratados em menor tempo tiveram melhor prognóstico. Assim, o pronto atendimento diminui a morbi-mortalidade e, conseqüentemente, os custos públicos no tratamento da insuficiência cardíaca e outras sequelas do IAM. A demora no reconhecimento dos sintomas do IAM encontrada na população estudada demonstrou a falta de conhecimento da população sobre a síndrome coronariana aguda (SCA). Outros achados de Bastos et al. (2012) evidenciaram que o indivíduo típico que sofre IAM também tem hábitos alimentares com elevados teores de gorduras.

O tratamento médico das SCA consiste em terapia farmacológica, intervenção coronariana percutânea e revascularização miocárdica. Quanto às principais intervenções de enfermagem encontradas na literatura destacam-se a monitorização cardíaca, pressão não invasiva (PNI) e oximetria digital, inspeção do membro relacionado ao exame quanto: cor, sangramento, temperatura e perfusão tissular, implementação do imobilizador específico no membro do procedimento: femural ou radial, avaliação da recorrência de dor torácica e anormalidades no ritmo cardíaco, realização de exame físico geral e direcionado para sítio de punção e drogas em infusão, entre outras (ALCOFORADO, 2012).

Rocha (2012) elenca como fundamental na condução dos casos de SCA a educação da população para identificar os sintomas, a distribuição estratégica das unidades de dor torácica (UDT), próximas aos pacientes, bem como evidencia que estas unidades devem ser bem equipadas, com material e equipamento necessários, assim como pessoal treinado. A qualificação dos profissionais também é citada como relevantes no atendimento às emergências, haja vista que a prática demonstra a dificuldade dos médicos nas unidades de emergência em fazer diagnóstico adequado da SCA nas UDT, sendo característico do quadro profissionais inexperientes, mal remunerados, em serviços mal equipados. O que torna saliente a necessidade de investimentos na educação: da população e dos profissionais de saúde, para um atendimento da SCA com excelência. Educação básica com ênfase em saúde e campanhas na mídia podem ajudar a alertar (ROCHA, 2012).

Embora o número de pacientes com essas queixas de dor torácica seja grande, apenas uma pequena porcentagem tem o diagnóstico de doenças cardiovasculares graves.

“Neste contexto, os pacientes submetidos ao Protocolo de Dor Torácica podem passar por um período de observação e reavaliações médicas sob

monitorização cardíaca contínua, durante o qual mais exames laboratoriais, de imagem e/ou de métodos gráficos são realizados, visando principalmente avaliar o risco de se tratar de alguma das doenças de maior gravidade e que podem se manifestar por dor torácica. Na maioria das vezes o risco pode ser bem estratificado com poucos recursos, mas ocasionalmente pode haver a necessidade da realização de uma sequência de exames mais complexa (BRASIL, 2011a).

Para tanto, fazendo jus aos critérios de evidência científica, o eletrocardiograma (ECG) deve ser realizado em qualquer paciente com suspeita de SCA em até 10 minutos da admissão hospitalar (Evidência I/B). Quando possível, o ECG deve ser realizado em ambiente pré-hospitalar (Evidência I/B). E, caso o ECG inicial não seja diagnóstico, outro ECG deve ser realizado após 5 a 10 minutos (Evidência I/B). O ECG de 12 derivações é o ponto central no atendimento e na decisão sobre o tratamento a ser instituído (BRASIL, 2011).

Outra avaliação pela qual deve passar o paciente com suspeita de SCA é a dosagem dos Marcadores de Necrose Miocárdica (MNM), preferencialmente na admissão e repetidos com 9 a 12 horas do início dos sintomas, caso seja alta a suspeita clínica. As troponinas (T e I) são os marcadores bioquímicos de escolha, com a possibilidade de uso da CK-MB como alternativa à troponina (BRASIL, 2011).

A terapia das SCA consideram o tratamento da dor e suas possíveis complicações, por meio do controle das arritmias, do uso de vasodilatadores, diuréticos, digitálicos, beta-bloqueadores e agentes trombolíticos, e/ou da realização de procedimentos como angioplastia primária e a revascularização cirúrgica. A administração de oxigênio, nitroglicerina, morfina e aspirina, a instalação de acesso venoso, e a monitorização eletrocardiográfica contínua devem ser instituídos em todos os clientes com desconforto precordial, de acordo com cada necessidade. As evidências comprovam que, tão logo seja estabelecida a terapêutica logo após o infarto, maiores as chances de redução da lesão cardíaca (OLIVEIRA et al., 2004; BRASIL, 2011; HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2011).

Em relação ao tratamento farmacológico, Piegas et al. (2013) encontraram os seguintes resultados:

“Dos fármacos de uso intra-hospitalar, destacaram-se como mais frequentemente utilizados a aspirina, os betabloqueadores, os nitratos, o clopidogrel, as heparinas, as estatinas e os IECA. Fizeram uso da associação

aspirina, betabloqueadores orais e estatina 60,9%, enquanto 43,8% associaram IECA a esses medicamentos. Redução na mortalidade esteve associada ao uso de betabloqueadores orais, bloqueadores dos canais de cálcio, HNF, clopidogrel, IECA, estatinas, associação aspirina, betabloqueadores orais e estatina e associação aspirina, betabloqueadores orais, estatina e IECA. Essas duas associações são padrões no tratamento da SCA, sendo a associação com IECA mais utilizada na presença de disfunção ventricular esquerda.” (PIEGAS et al., 2013).

A restauração do fluxo sanguíneo coronariano é objetivo primordial do tratamento das SCA, pois reduz o tempo de isquemia total (tempo entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão), uma vez que é indispensável para o salvamento miocárdico e reduzir mortalidade. Não há diferença entre a terapia trombolítica e ICP (Intervenção Coronária Percutânea) primária no benefício em relação à mortalidade, nas 3 primeiras horas de surgimento dos sintomas, exceto nos casos de rápida evolução para choque cardiogênico em que a ICP primária deve ser a opção eleita (BRASIL, 2011).

A monitorização cardíaca é essencial para se detectar qualquer arritmia, estado a equipe de enfermagem quem está interagindo diretamente na assistência ao portador de SCA, deve esta equipe, manter vigilância constante sobre o monitor cardíaco. Até que aconteça a estabilização do cliente e de sua condição clínica, seu estado deve ser avaliado regularmente. A avaliação deverá ser realizada a cada duas horas durante as primeiras oito horas, inicialmente. *A posteriori*, a avaliação deve ser realizada a cada quatro horas. Os equipamentos em perfeito funcionamento garantem a cobertura adequada das intercorrências que possam vir a acontecer. O enfermeiro, que possui um corpo de conhecimentos técnico-científicos tem capacidade para diagnosticar as manifestações clínicas e todas as alterações eletrocardiográficas do paciente com síndrome isquêmica (OLIVEIRA & SANTORO, 2004).

Nettina (1998) já afirmava que a responsabilidade da enfermeira de um serviço de cardiologia é evitar complicações e propiciar aos clientes sua máxima capacidade funcional, física e emocional, para tanto, deveria ser capaz de avaliar continuamente o estado clínico do paciente através de: monitorização eletrocardiográfica; observação direta do paciente; e monitorização hemodinâmica. E diante de situações de emergência, ela também deve estar apta a intervir mantendo infusões venosas pérvias; oxigenioterapia; tratamento das arritmias; respiração assistida e realizando desfibrilação; e ressuscitação cardiopulmonar, sempre que necessário.

5 PLANO DE AÇÃO

5.1 População Alvo: Equipe de enfermagem do Pronto-Atendimento do Hospital de Urgência de Teresina.

5.2 Período: O projeto será implantado a partir de 02 de junho de 2014.

5.3 Estratégias do plano de ação: Para o desenvolvimento deste plano de ação será fundamental:

A parceria do Hospital de Urgência de Teresina e Fundação Hospitalar de Teresina para a execução e compromisso com as ações a serem desenvolvidas;

Mobilização e participação ampla de toda equipe de enfermagem do Pronto-Atendimento para identificação precoce e conduta adequada do paciente com SCA;

Integração com equipe multidisciplinar com vistas a garantir insumos necessários e assistência pertinente ao cliente.

5.4 Organização e Planejamento:

1º Passo: Divulgação do plano de ação para Diretoria do HUT e FHT, suas estratégias e evidências científicas;

2º Passo: Divulgação do plano de ação em todos os setores do Pronto-Atendimento para equipes de enfermagem e demais profissionais;

3º Passo: Identificação da população alvo através de protocolos de classificação já adotados no HUT, e implementação das medidas descritas no plano em tempo hábil.

5.5 Atividades a serem desenvolvidas: A programação será composta de:

Vídeo-aulas sobre SCA, protocolos clínicos sobre Dor Torácica, Eletrocardiograma e estratégias a serem adotadas ao identificar esse paciente no HUT, utilizando-se ainda de dinâmicas de grupo, estações práticas de atuação, discussões e troca de experiências entre os participantes;

Preparo de kit's para dispensação rápida das medicações utilizadas no tratamento da SCA;

Fixar uma rotina ao admitir o paciente com suspeita de SCA: encaminha-los as salas de emergências, realizar ECG; instalar monitorização; providenciar acesso venoso periférico, logo após a avaliação médica, realizar a prescrição terapêutica (antiagregantes plaquetários, analgésicos e nitratos); contactar laboratório de análises clínicas para coleta de enzimas e demais exames bioquímicos, manter o cliente em repouso e jejum; instalar oxigenoterapia conforme necessidade.

Visitas mensais ao Pronto-Atendimento para levantamento da assistência ao paciente com SCA.

5.6 Competências (Equipe executora e funções)

Orientador: Prof. Msc. Diego Oliveira Miranda

- Orientação na elaboração do plano de ação

Coordenadora: Flavia Maria da Silva Andrade

- Execução e Avaliação do plano em todas as fases.
- Sensibilização;
- Realização de oficinas;
- Acompanhamento da implementação da assistência de enfermagem ao portador de SCA.

Colaboradores: Diretores do Hospital, Gerentes de Enfermagem e Enfermeiros do Pronto-atendimento de um Hospital de Urgência de Teresina.

- Divulgação;
- Convocação;
- Realização de sensibilização;
- Discussão de rotinas de acompanhamento do portador de SCA;
- Implementação de cursos de instrução;
- Monitoração da implementação da assistência de enfermagem ao portador de SCA.

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Pronto-atendimento:

- Preparo de kit's para dispensação rápida das medicações utilizadas no tratamento da SCA;
- Executar a rotina ao admitir o paciente com suspeita de SCA: instalar monitorização; providenciar acesso venoso periférico, logo após a avaliação médica, realizar a prescrição terapêutica (antiagregantes

plaquetários, analgésicos e nitratos) , manter o cliente em repouso e jejum; instalar oxigenoterapia conforme necessidade.

Enfermeiras do Pronto-atendimento:

- Executar a rotina ao admitir o paciente com suspeita de SCA: encaminha-los as salas de emergências, realizar ECG; contactar laboratório de análises clínicas para coleta de enzimas e demais exames bioquímicos, atentar para monitorização, avaliar continuamente o paciente.

Parcerias Institucionais:

- Colaboração na execução das atividades

Fundação Hospitalar de Teresina:

- Apoio com recursos didáticos;
- Apoio com recursos materiais e humanos.

Fundação Municipal de Saúde:

- Apoio com recursos didáticos;
- Apoio com recursos materiais e humanos.

5.7 Sistema de Controle

- Análise do cumprimento de atividades assistenciais;
- Proporção de portadores de SCA que foram atendidos conforme a rotina;
- Avaliação e acompanhamento do tempo de atendimento do paciente com SCA;
- Avaliação dos índices de mortalidade e tempo de permanência dos portadores de SCA após implantação das rotinas assistenciais.

6 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SET 2014	OUT 2014	NOV 2014
Envio para apreciação na direção do hospital	X					
Reunião com equipe e parcerias institucionais	X	X				
Apresentação da proposta aos setores do Pronto-atendimento			X			
Divulgação/mobilização			X			
Vídeos-aula				X		
Fixação de rotinas conforme protocolos adotados				X		
Preparo de kits					X	
Visitas mensais (continuamente)	X	X	X	X	X	X

7 ORÇAMENTO

MATERIAL DIDÁTICO	QUANTIDADE	VALOR	PARCERIA
Canetas	150	50,00	FMS/FHT
Data show	01	900,00	FMS/FHT
Ficha de avaliação	100	30,00	FMS/FHT
Impressão de material didático	300	800,00	FMS/FHT
Manequins	1	1000,00	
Material artesanal	4	1500,00	
LOCAL E EQUIPAMENTO	QUANTIDADE	VALOR	PARCERIA
Local	01	-	FMS/FHT
Caixa amplificada	01	-	FMS/FHT
Microfone	02	-	FMS/FHT
TOTAL		R\$ 3280,00	

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Síndromes Coronarianas correspondem a importante parcela de causas de morbidade e mortalidade dos clientes admitidos em serviços hospitalares, sua permanência prolongada no sistema de Saúde e seu alto potencial para complicações que muitas vezes culminam com a morte do portador oneram os serviços de saúde, trazem perdas laborais, sociais e familiares. Espera-se que a otimização do atendimento a esse paciente realizada de forma simples, sem grandes investimentos materiais, mas com presteza e diligência modifique essa realidade num serviço de referência estadual, validando o diferencial da assistência de enfermagem e o prognóstico destes usuários.

REFERÊNCIAS

ALCOFORADO, D.S.G. et al. Assistência de enfermagem ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA). In: XVI CONGRESSO SBC, 2012, Natal. **Anais Eletrônicos**. Natal, 2012. Disponível em: <<http://sociedades.cardiol.br/rn/pdf/xvi-anais/31.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

BASTOS, A.S. et al. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, p. 411-8, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta Pública** n. 06 de 20 de setembro de 2011. Institui a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consulta_cardio_062011.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção ras**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_sindrome_coronaria.pdf>.

FOX, K. A. A. et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. **Europeo Heart Journal**. v. 23, p. 1177-89, 2002.

HUT. **HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA. Informativo**, 2011. Teresina, 2011. Disponível em: <<http://saude.teresina.pi.gov.br/setor/Hospital-de-Urgencia-de-Teresina-Prof-Zenon-Rocha-HUT/11/>>. Acesso em: 10 nov 2013.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Protocolo de diagnóstico e tratamento do paciente com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) agudo**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficente-senhoras/Documents/protocolos-institucionais/protocolo-AVCI.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

LEMONS, K.F et al. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 129-35, 2010.

MARTINS, H.S. Síndromes coronarianas agudas sem elevação do segmento ST. In: MARTINS, H.S.; NETO, R.A.B.; NETO, A.S.; VELASCO, I.T. **Emergências clínicas: abordagem prática**. São Paulo: Manole, p. 547-68, 2006.

MELO, E.C.P.; TRAVASSOS, C.M.R.; CARVALHO, M.S. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. **Caderno de Saúde Pública**. v. 16, n. 2, p. 121-3, 2007.

MELTZER, L.E. **Enfermagem na Unidade Coronariana**. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.

NETTINA. S. **Práticas de Enfermagem**. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.

NICOLAU, J.C. et al. Guidelines for Unstable Angina and Non- ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology (II Edition, 2007). **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 89, n. 4, p. 89-131, 2007.

OLIVEIRA, C.M.; SANTORO, D. C. Conduta da Equipe de Enfermagem diante das Alterações Clínicas do Cliente com Síndrome Isquêmica Coronariana. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. v. 8, n. 2, p. 267-74, 2004.

PIEGAS, L. S. **Infarto agudo do miocárdio não-Q e angina instável: estudo comparativo entre diferenças clínicas e regionais**. 1999. Tese [Livre Docência]. Departamento de Cardio-Pneumologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-83972010000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 20 nov. 2012.

ROCHA, E. A. V. O mundo real do diagnóstico e tratamento da síndrome coronariana aguda no Brasil. Editorial. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. v. 27, n. 3, 2012.

SANTORO, D.C. Situação do sistema de saúde no Brasil e os cuidados desenvolvidos nas unidades de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 5, n. 2, p. 259-61, 2001.

SOCESP. SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Jornal Socesp**, v. 1, n. 3, p. 17-18, 2006. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/publicacoes/jornal_socesp2006-3.asp#.RZh0QoNUzfJ>. Acesso em: 20 nov. 2012.

TEICH, V.; ARAÚJO, D.V. Estimativa de custo da síndrome coronariana aguda no Brasil. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v. 24,n. 2, p. 85-94, 2011.